

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CUMBICA I**

Autor: Alexeis González Hernández

Orientador: José Miguel Tomazevic

Guarulhos, Fevereiro 2015

SUMÁRIO

	Páginas
1-Introdução.....	1
2-Objetivos.....	3
• Geral	
• Específicos	
3-Metodologia.....	4
• Cenário da intervenção	
• Sujeitos da intervenção	
• Estratégias e ações	
• Avaliação e Monitoramento	
4. Resultados Esperados.....	6
5. Cronograma.....	7
6. Referências.....	8

1-Introdução

O diabetes mellitus(DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambos (Pimazoni Netto, 2008).¹ É causada pela deficiência congênita ou adquirida do pâncreas para produzir (diabetes Tipo 1) ou utilizar (diabetes Tipo 2) a insulina no organismo. Esta deficiência acarreta o aumento da concentração da glicose no sangue, ocasionando complicações em vários sistemas, especialmente no circulatório e no neurológico (Organização Mundial de Saúde, 2007; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006).^{2,3}

O DM é a quarta causa de morte no mundo e é uma das doenças crônicas mais frequentes, existindo atualmente cerca de 120 milhões de diabéticos no planeta. Estima-se que no ano de 2025 teremos aproximadamente 300 milhões portadores da doença. A incidência e a prevalência estão aumentando.^{4,5}

No Brasil, no estudo multicêntrico de base populacional, conduzido em 1988 em nove capitais de estados brasileiros, demonstrou que a prevalência do diabetes e a tolerância à glicose diminuída em população urbana, entre 30 e 69 anos de idade, são de 7,6 e 7,8%. As cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de DM e de tolerância à glicose diminuída. Os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes.⁶

A DM apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida dos pacientes. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Assim, a prevenção do diabetes e suas complicações tem sido prioridade para a saúde pública.⁷

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com DM.⁶ Educar os pacientes pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição.⁸

Estudos de várias partes do mundo mostram efeitos positivos do processo educativo em diabetes, como constatou meta-análise. Ao receber tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhora no controle glicêmico, na prevenção e no controle das complicações agudas e crônicas.⁹

Outros autores, também sugerem essa alternativa e definem a educação para o autocuidado como processo para facilitar o conhecimento e as habilidades que envolvem práticas corporais, dietéticas, terapêuticas e outras realizadas pelo próprio paciente, para melhorar o controle metabólico e preservar ou melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis. Esse processo integra as necessidades, objetivos e experiências de vida das pessoas com diabetes e é guiado por padrões baseados em evidências.^{6,10}

A padronização americana da educação para o automanejo em diabetes (Diabetes SelfManagement Education - DSME) assinala a importância do processo educativo com base nas necessidades educacionais da população, O presente traduzidas pela história clínica do indivíduo, idade, influência cultural, crenças e atitudes em saúde, conhecimento sobre diabetes, disponibilidade para aprender, nível de escolaridade, apoio familiar e status financeiro é alcançado por menos da metade dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sob tratamento.^{11,12}

A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Neste sentido, são de fundamental importância que se esclareçam, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da DM, sua etiologia, evolução, conseqüências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre profissional de saúde e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento.¹³

Por isso é importante que a pessoa diabética tenha o máximo de conhecimentos sobre sua doença e fatores de risco, para isso, requer-se a participação de uma educação sanitária a todos os níveis assistenciais. Mas antes de projetar estratégias educativas para a saúde nestes pacientes é muito importante conhecer qual é seu nível de conhecimentos para depois planejar as ações educativas.

Considere-se conveniente realizar o projeto de intervenção educativo primeiro porque a DM é uma doença com alta incidência e prevalência no mundo, Brasil e em nosso município (Guarulhos), sendo maior a ocorrência na UBS Cumbica I de pacientes por doenças crônicas não transmissíveis (HAS, DM) e muitos deles com DM descompensada com baixo nível de conhecimentos da doença e mínima adesão ao tratamento, informação obtida a través da entrevista médica, prontuários, visita domiciliar e relatórios das ACS.

Pretenda-se com a intervenção obter maior adesão ao tratamento, elevando o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre sua doença, promover estilo de vida saudável e diminuir as complicações irreversíveis. Além de estimular-se a realização de trabalhos educativos que consigam promover a aprendizagem dos pacientes com DM na atenção básica de saúde.

Podemos dizer que com os resultados que se obtenham beneficiará a comunidade, a saúde pública, aos profissionais da saúde e também poderá servir para comentar, desenvolver e apoiar teorias em relação a outros estudo de intervenção realizados, também poderá ajudar a criar novos instrumentos para realizar futuros estudo de intervenção educativas e por último é um projeto econômico, já que não necessita grande quantidade de recursos humanos, materiais e financeiros para sua realização.

2 – OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estimular a adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus dos pacientes em acompanhamento na UBS Cumbica I, município Guarulhos\SP.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográficos do público-alvo.
- Aplicar questionário de avaliação de conhecimentos sobre DM ao início e final da intervenção educativa.
- Desenvolver programa educativo sobre Diabetes Mellitus considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.
- Avaliar resultados e monitorar ações planejadas para dar continuidade ao programa de intervenção educativa.

3 – METODOLOGIA

Cenário da intervenção

O projeto de intervenção será desenvolvido na área de abrangência número 96 da Unidade Básica de Saúde Jardim Cumbica I, na cidade de Guarulhos/São Paulo. O local da intervenção será na sala de reuniões da instituição, espaço destinado para atividades educativas com grupos de riscos.

Sujeitos da intervenção

Participarão da intervenção os pacientes diabéticos que estão cadastrados na UBS e que residem na área de abrangência desta unidade, prévio consentimento informado, além de ter presentes os critérios de inclusão e exclusão para o estudo. A divulgação da intervenção será feita com ajuda dos enfermeiros e técnicas de enfermagem da equipe de saúde, além de participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visando reunir o maior número possível de pacientes diabéticos.

Estratégias e ações

A intervenção terá tempo de duração de 10 meses, dividido em cinco momentos importantes:

- Primeiro: Acolhimento e Caracterização do perfil sociodemográficos do público-alvo.
- Segundo: Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre diabetes mellitus ao início da intervenção.
- Terceiro: Desenvolver programa educativo sobre Diabetes Mellitus considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.
- Quarto: Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre Diabetes Mellitus ao final da intervenção.
- Quinto: Análise e discussão dos resultados, entrega final do trabalho e socialização e monitoramento das ações para dar continuidade ao programa de intervenção educativa.

O programa educativo será realizada por meio de aulas temáticas com os pacientes Diabéticos que estarão cadastrados e acompanhados na UBS, aulas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento. Logo, se estabelecerão a data de início da primeira aula, com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos pacientes. O planejamento e a realização das aulas com o grupo de diabéticos contarão com a parceria dos ACS e Auxiliares de enfermagem.

As etapas seguintes serão com a apresentação das aulas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a Diabetes Mellitus, objetivando

explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As aulas serão realizadas semanalmente com tempo de duração de 45 minutos cada uma e será sobre os seguintes temas:

1)Diabetes Mellitus: conceito, ocorrência e consequências; 2)Dieta; 3)Influência da obesidade; 4)Cuidados pessoal, bucal e dos pés; 5) Atividade física; 6) Fatores de riscos;7) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

Material: Retroprojektor, Cartazes informativos; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da Diabetes Mellitus. Vale ressaltar que outros encontros serão desenvolvidos com palestras e técnica de dinâmica de grupo.

A seleção da presente técnica foi baseada pela relevância social, teórico pratica, científica e dos resultados benéficos obtidos em outros estudos de intervenção educativa, também pela importância da educação em saúde para o controle de doenças, além da experiência da ESF, ensinando a utilização ferramentas importantes para o controle de DCNT, estimulando estilo de vida saudável, melhorando a qualidade de vida do paciente, diminuindo as complicações.

Pretenda-se com a intervenção obter maior adesão ao tratamento, elevando o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre sua doença, promover estilo de vida saudável e diminuir as complicações irreversíveis. Além de estimular-se a realização de trabalhos educativos que consigam promover a aprendizagem dos pacientes com DM na atenção básica de saúde, desenvolver a investigação em outras equipes de saúde que fazem atendimentos na UBS, outras instituições de saúde do município, para assim lograr ótimos resultados no atendimento integral da população.

Avaliação e Monitoramento

A equipe de saúde aplicará um questionário antes e após da intervenção para avaliação da eficácia do projeto, também com o objetivo de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados dados como: se obtenham a través das consultas subsequentes; dos resultados de controle glicêmico periódicos; nas visitas domiciliares dos Agentes de saúde aos pacientes diabéticos e através das reuniões da ESF.

4 – RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do projeto espera-se um melhor controle dessa doença e à adesão do paciente ao tratamento e ao mesmo tempo aumentar o vínculo entre médico, enfermagem, ACS e pacientes.

Também espera-se que durante os futuros atendimentos exista uma redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações, assim como a melhora da qualidade de vida, além de elevar o nível de conhecimentos sobre as consequências do não uso correto das medicações, promover estilo de vida saudável e lograr maior assistência a consulta na Unidade de Saúde para um adequado acompanhamento.

5 – CRONOGRAMA

Atividades 2015	janeiro	fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julio	Agosto	Setembro	Outubro
Reunião da ESF e pacientes	X	X								
Acolhimento do público-alvo.			X							
Aplicação do questionário de avaliação inicial			X							
Aplicação do programa educativo				X	X	X				
Aplicação do questionário de avaliação final						X				
Discussão e Análise dos Resultados							X			
Revisão Final e Digitação								X		
Entrega do trabalho final								X		
Socialização do trabalho									X	X

6-Referências

1. Pimazoni Netto, A. (2008). Manual básico sobre diabetes. Grupo de Educação e Controle do Diabetes, Centro Integrado de Hipertensão e Metabologia Cardiovascular, Hospital do Rim e Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.
2. Organização Mundial de Saúde (2007). Diabetes Action Online. Defining diabetes. Recuperado em 11 de Setembro de 2007, disponível em: <http://www.who.int/diabetesactiononline/diabetes/en/>
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (2006). Atualização brasileira sobre diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 20 de outubro de 2007, disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/atualizacaodiabetes2006.pdf>
4. Gagliardino, J.J. et al. 2001. Evaluación de la calidad de la asistencia al individuo diabético en América Latina. Rev. Panam. Salud Pública, Washington, v. 10, n.5, Nov.
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler Se, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA Nathan DM. 2002. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med, 346(6): 393-403.
6. MALERBI, D. A. & FRANCO, L. J., 1992. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 Yr. Diabetes Care, 15h15min-1516.
7. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 56 p. (Série A. Normas e manuais Técnicos, n. 16).
8. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care. 2008; 31(1): 12-54.
9. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. Br Med J. 2008; 336(7642): 1-11.
10. Jarvis J, Skinner TC, Carey ME, Davies MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?. Diabetes Obesity Metabolism. 2010; 12(1): 12-9.

11. Ciryno AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for Type 2 Diabetes Mellitus Self-care: from compliance to empowerment. *Interface Comunicação Saúde Educ.* 2009; 13(30): 93-106.
12. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(2): 231-7.
13. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2007: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo; 2007.